

1. Contexte actuel

La SFCR avait constitué il y a quelques années un groupe de travail sur la chirurgie ambulatoire. Ce travail n'a finalement pas abouti. Il nous paraissait important au vu du contexte actuel de manque de lits d'hospitalisation de définir un cadre de la chirurgie ambulatoire en chirurgie du rachis.

Il est important de rappeler que la décision d'une chirurgie dans le cadre ambulatoire reste une décision médicale concertée entre anesthésiste et chirurgien. Il faut préciser que le chirurgien reste le chef d'équipe qui sera en premier lieu mis en cause en cas de contentieux.

Cette pratique doit être bien sûre réalisée avec le consentement éclairé du patient. On rappelle que le confort du patient doit primer et que la gestion de la douleur reste un élément fondamental de la prise en charge du patient.

On rappelle que la pratique de la chirurgie ambulatoire rachidienne doit respecter les règles de bonne conduite de la chirurgie ambulatoire depuis longtemps définies (ordonnances remises au patient en amont de la chirurgie, explications claires données au patient, appel du patient à J1, numéro d'urgence disponible). Il pourrait être évoqué l'intérêt des applications de suivi dans ce cadre.

Enfin la complication après chirurgie ambulatoire ne doit pas être considérée comme un échec de l'ambulatoire quand la filière de retour est organisée.

2. Les recommandations existantes restent générales et anciennes

Recommandations existantes sur la chirurgie ambulatoire en général :

- Recommandations Sante.gov 2009 (1)
- Recommandations SFAR 2015 (2)

3. Rappel des règles de bonne conduite

Les critères d'éligibilité sont généraux et restent les mêmes quelles que soient les actes pratiqués :

Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte-patient-structure qui correspond à l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place :

- Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.
- Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes.
- Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.
- Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stables soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.
- Il est recommandé d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient :
- Les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue ;
- Les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal ;
- Les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeune, gestion et observance des traitements, continuité des soins. Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence postopératoire est compatible avec la prise en charge ambulatoire.
- Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.
- Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte - patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

4. Recommandations spécifiques à la chirurgie rachidienne

Il nous semble donc important d'insister sur la notion de distance dans le cadre de la chirurgie du rachis du fait du risque d'hématome postopératoire. La chirurgie du rachis est une chirurgie qui n'est pas pratiquée dans tous les établissements de santé. La nuit suivant la chirurgie, le patient doit résider à proximité d'un établissement de soin accessible 24h/24 disposant d'un plateau technique permettant une reprise chirurgicale. De sorte que la complication éventuelle puisse être prise en charge rapidement après le début des symptômes.

En ce qui concerne la période post opératoire (d'une chirurgie du rachis cervical ou lombaire) les patients doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée et prolongée afin de dépister un éventuel hématome du site opératoire. Dans l'idéal, les patients pris en charge en ambulatoire devraient être opérés le matin ou en début d'après-midi afin d'optimiser cette surveillance. L'établissement de santé doit avoir la possibilité d'hospitaliser le patient de façon conventionnelle en cas de complication. (4,5)

En ce qui concerne les actes éligibles à l'ambulatoire, jusqu'à maintenant les sociétés ont refusé de se positionner :

« Les sociétés savantes, tant nationales qu'internationales, n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes éligibles à l'ambulatoire. Elles les ont toujours estimées illogiques et dangereuses. En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient. »

Comme dit précédemment, le choix de la modalité ambulatoire revient au chirurgien qui doit appliquer les règles de bonne pratique mentionnées ci-dessus. Cela doit être en accord avec l'anesthésiste. De même le patient doit consentir librement et de façon éclairée à cette prise en charge.

Toutefois, il nous semble que la chirurgie de la hernie discale lombaire quelle que soit la technique utilisée (open, endoscopie, mini-invasif) ne représente aucune difficulté pour la chirurgie ambulatoire sans oublier que les critères d'éligibilité généraux doivent être respectés.

En ce qui concerne la chirurgie du rachis cervical par voie antérieure, il nous semble qu'elle peut être proposée si elle est mono ou bi-segmentaire (hernie molle ou unco-discarthrose ou révision mono-segmentaire) quelle que soit la technique utilisée (discectomie simple, arthrodèse, prothèse mobile). Le risque d'hématome suffocant n'étant pas modifié par le type de chirurgie.

L'ostéosynthèse percutanée, la réalisation d'une cimentoplastie / cyphoplastie par voie percutanée, la TLIF, la chirurgie de décompression mini invasive mono-segmentaire, électrode percutanée de stimulation médullaire semblent compatibles avec une prise en charge ambulatoire.(6) Les « chirurgies postérieures open étendues » comme la fusion lombaire multineaux (3 niveaux ou plus), les laminectomies cervicales ou lombaires étendues (3 niveaux ou plus) ne nous apparaissent pas optimales pour un parcours ambulatoire.

La prise en charge en ambulatoire des chirurgies lombaires antérieures mono-segmentaire (prothèse fixe type ALIF, OLIF ou prothèse de disque) a été décrit dans la littérature et fait état de résultats satisfaisants (prothèse fixe type ALIF, OLIF ou prothèse). (7) Cela restera à l'appréciation du chirurgien.

1. *Abecedaire_chir_ambu.pdf* [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf

2. *Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Ann Fr Anesth Réanimation. janv 2010;29(1):67-72.*

3. *Chen Q, Zhong X, Liu W, Wong C, He Q, Chen Y. Incidence of postoperative symptomatic spinal epidural hematoma requiring surgical evacuation: a systematic review and meta-analysis. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. déc 2022;31(12):3274-85.*

4. *Adamson T, Godil SS, Mehrlich M, Mendenhall S, Asher AL, McGirt MJ. Anterior cervical discectomy and fusion in the outpatient ambulatory surgery setting compared with the inpatient hospital setting: analysis of 1000 consecutive cases. J Neurosurg Spine. juin 2016;24(6):878-84.*

5. *Gennari A, Mazas S, Coudert P, Gille O, Vital JM. Outpatient anterior cervical discectomy: A French study and literature review. Orthop Traumatol Surg Res OTSR. sept 2018;104(5):581-4.*

6. *Kim CW. MIS TLIF, EndoTLIF, and the Ability of Navigation/Robotics to Enable Spinal Surgery in an Ambulatory Care Setting. Glob Spine J. avr 2022;12(2 suppl):34S-39S.*

7. *CuÉllar JM, Wagner W, Rasouli A. Low Complication Rate of Anterior Lumbar Spine Surgery in an Ambulatory Surgery Center. Int J Spine Surg. oct 2020;14(5):687-93.*